

Surveillance des urgences

Réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)

Résultats nationaux 2004/2011

Nadège Caillère¹, Céline Caserio-Schönemann¹, Nelly Fournet¹, Anne Fouillet¹, Dominique Pateron², Christophe Leroy³, Loïc Josseran¹ et les membres du réseau OSCOUR®

1/ Département de coordination des alertes et des régions, Institut de veille sanitaire – 2/ Société française de médecine d'urgence – 3/ Service des urgences, Hôpital Louis Mourier, Assistance publique – Hôpitaux de Paris

UN RÉSEAU EN PLEIN DÉVELOPPEMENT

Après la canicule 2003, l'objectif était de développer un système capable de détecter de nouvelles menaces pour la santé publique d'origines aussi diverses qu'un phénomène environnemental ou une pathologie infectieuse émergente. Dans cette perspective, l'InVS a développé des systèmes de surveillance non plus centrés sur des pathologies ou syndromes identifiés mais sur des structures capables de fournir des informations au jour le jour sur l'état de santé de la population.

Les services d'urgences (SU) des hôpitaux se sont avérés être parmi les structures qui répondaient le mieux à cette préoccupation. De plus l'informatisation de certains services autorisait une mise en œuvre rapide, sans surcharge de travail pour les professionnels des urgences et avec une collecte d'information quotidienne et automatique. Cela a permis la création du réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

Parallèlement au développement de ce réseau, était mise en place une surveillance de la médecine de ville avec les associations d'urgentistes libéraux de SOS Médecins.

Une autre source d'information pouvait aussi renseigner sur l'évolution de l'état de santé de la population : les services d'état-civil qui enregistrent les déclarations de décès. Depuis plusieurs années, les principales communes françaises ont informatisé leur service d'état-civil permettant ainsi un accès très rapide aux données de mortalité.

Ces trois sources d'information concourent à un système de surveillance plus large : la Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). Initié avec l'objectif de détecter un événement imprévu, ce système a montré sa capacité à répondre à d'autres objectifs, tels que :

- estimer l'impact d'un événement environnemental ou sociétal ;

- surveiller des pathologies en dehors de tout événement ;
- mais aussi détecter précocement un événement sanitaire prédéfini, tel qu'une épidémie saisonnière.

Un document de cadrage stratégique fixe les objectifs attendus du système ainsi que les conditions qu'il doit respecter pour répondre à ses objectifs.

Grâce au soutien de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS, ex-Dhos), à une collaboration étroite avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), à certaines Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et Agences régionales de santé (ARS) et au dynamisme des établissements, le réseau OSCOUR® a pu voir le jour en juillet 2004. À cette date, 23 établissements adhéraient au réseau.

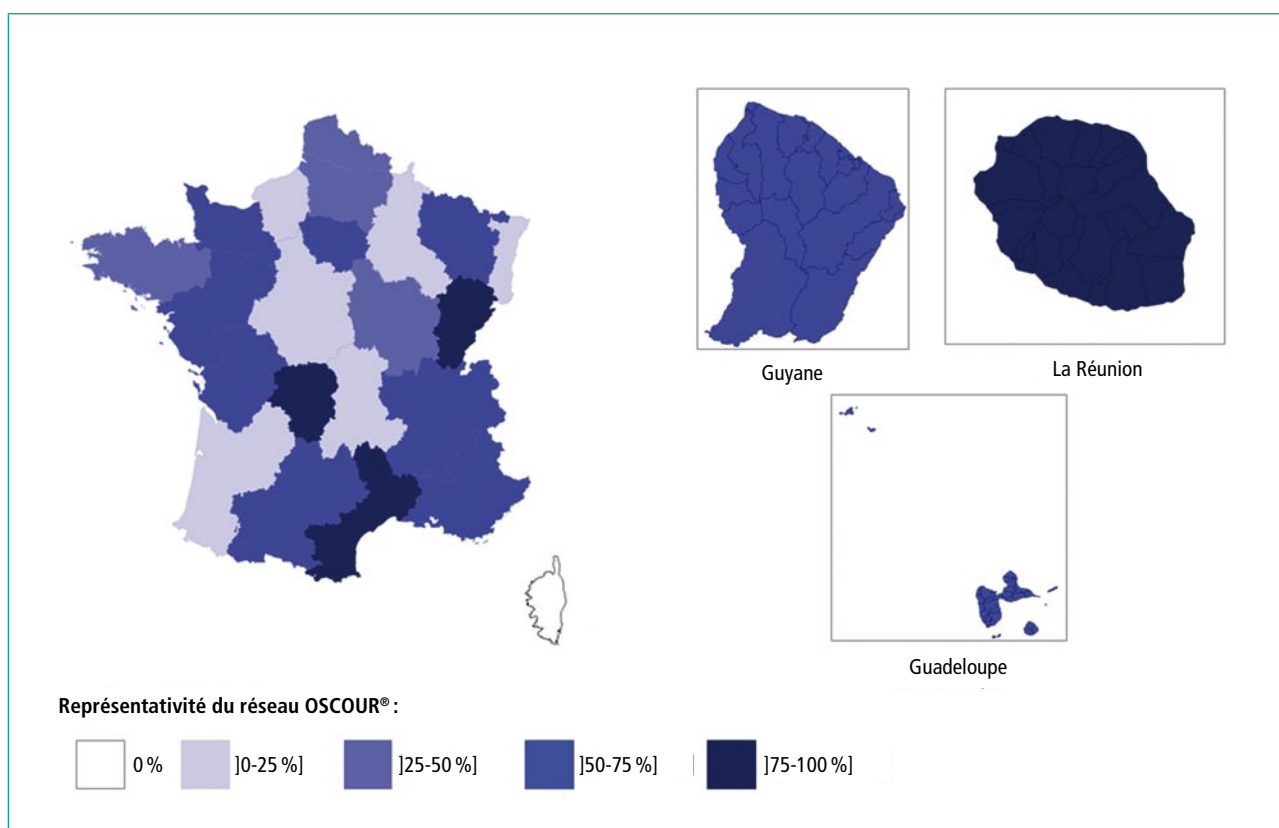
Le réseau s'est développé progressivement : 90 établissements au printemps 2007, 193 à l'été 2009 et 231 en janvier 2010. Au 15 mars 2011, 311 services d'accueil sur les 600 existants participent au réseau de surveillance, couvrant ainsi la moitié des passages aux urgences en France. On compte au moins un service d'urgences dans le réseau OSCOUR® pour 25 des 26 régions françaises. La couverture varie de 10 % en Auvergne à 100 % dans les régions Franche-Comté, Limousin, Languedoc-Roussillon et La Réunion (cf. carte 1).

Mis en place en octobre 2007 le Comité scientifique du réseau OSCOUR® a permis un travail étroit et des contacts réguliers entre les urgentistes hospitaliers et les épidémiologistes de l'InVS. La confrontation de ces deux approches dans le champ de la santé publique permet une utilisation et une interprétation des données plus pertinentes.

La mise en service au début de l'année 2010 d'une application informatique nationale de traitement et de communication des données du système SurSaUD® permet un partage facilité des données avec les échelons régionaux de l'InVS (les Cire).



Couverture du réseau OSCOUR® en France en mars 2011



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

UNE ANALYSE DES DONNÉES QUOTIDIENNE

Les services d'urgences (SU) des hôpitaux accueillent les patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge immédiate. Les données des services participant au réseau OSCOUR® sont enregistrées en routine à partir du dossier médical du patient sous forme de variables démographiques (sexe, âge), administratives et médicales (diagnostic principal, diagnostics associés, degré de gravité, mode de transport...). Les diagnostics médicaux sont codés selon la CIM10¹ et le degré de gravité est mesuré selon la classification CCMU², constituée de scores allant de 1 (faible gravité) à 5 (gravité forte) et de deux codes particuliers : D (décès) et P (patient présentant un problème psychiatrique).

Chaque matin, ces données sont envoyées du service d'urgences à l'InVS, directement ou par le biais de serveurs régionaux.

Dans le but d'une analyse de données visant à détecter un événement inattendu, des regroupements syndromiques composés de plusieurs diagnostics médicaux et ayant un sens

pour la surveillance sanitaire ont été créés. Ils sont suivis en routine de manière quotidienne et/ou hebdomadaire au niveau national par le Département de coordination des alertes et des régions de l'InVS à Saint-Maurice, ainsi qu'au niveau régional par les Cire.

Les regroupements syndromiques varient selon la saison et certaines conditions météorologiques identifiées (canicule, période de grand froid). En cas de survenue d'évènement particulier (catastrophe naturelle, accident industriel, grand rassemblement...), une surveillance spécifique est immédiatement mise en place sur des regroupements syndromiques pertinents. L'activité des services d'urgences est déclinée pour différentes classes d'âge et selon plusieurs niveaux géographiques pouvant aller du niveau national à l'établissement.

Pour que ces analyses puissent être menées à bien, les données doivent être de qualité et transmises de façon régulière. La transmission des données des services d'urgences *via* une plateforme régionale ou un ORU permet de privilégier cette qualité.

¹ CIM10 : classification internationale des maladies, 10^e révision.

² CCMU : classification clinique des malades aux urgences :

- CCMU 1 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Smur ou un service d'urgences ;
- CCMU 2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Smur ou un service d'urgences ;
- CCMU 3 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention Smur, sans mise en jeu du pronostic vital ;
- CCMU 4 : situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvre de réanimation immédiate ;
- CCMU 5 : situation pathologique engageant le pronostic ;
- CCMU D : patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le Smur ou le service d'urgences ;
- CCMU P : patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

LA FRÉQUENTATION DES SERVICES

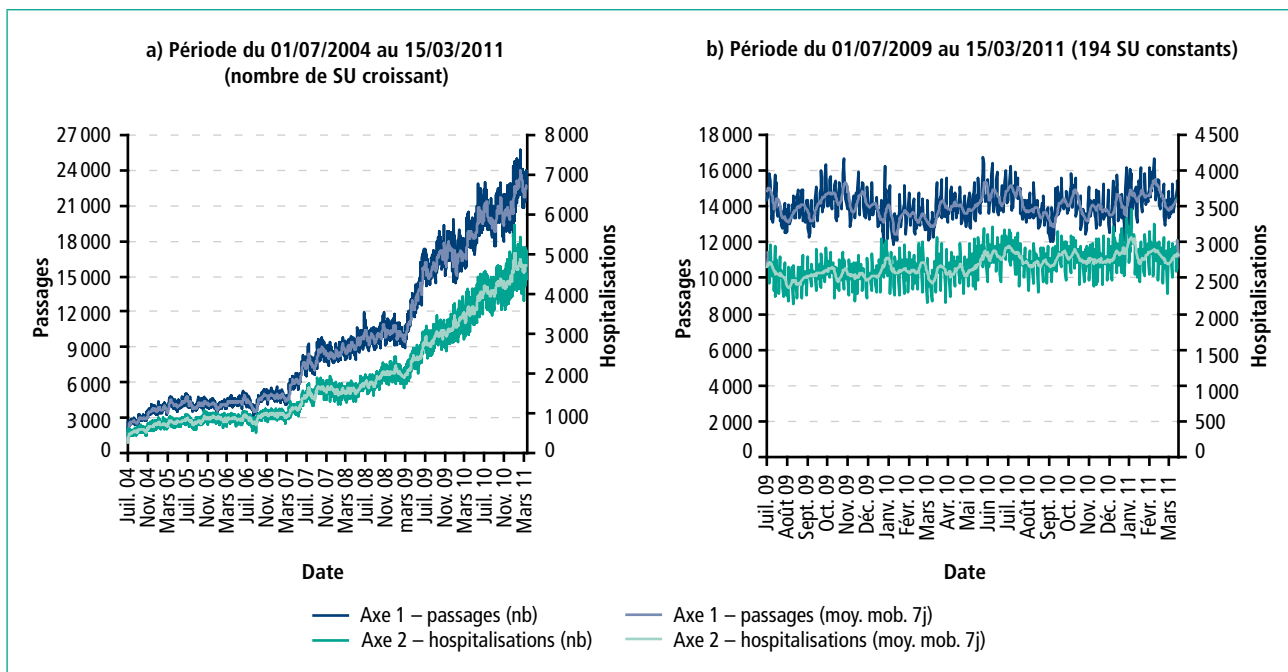
Fin mars 2011, plus de la moitié des passages aux urgences en France étaient enregistrés dans la base, soit en moyenne 19 000 passages de patients adultes et 4 400 passages d'enfants par jour. Depuis 2004, plus de 21 millions de passages ont ainsi été recueillis.

L'intégration rapide des services dans le réseau depuis son démarrage en 2004 et particulièrement à partir de février 2007 entraîne une hausse du nombre de passages aux urgences collectés dans le système de surveillance et rend difficile l'interprétation des variations observées dans les données brutes (figure 1A). Une analyse à établissements constants, limitée aux établissements participant au réseau depuis juillet 2009 permet de s'affranchir de cet effet (figure 1B).

La fréquentation des services d'urgences est marquée par les épidémies saisonnières ou la survenue d'évènements majeurs. Les hospitalisations sont plus stables et évoluent parallèlement à la fréquentation des services d'urgences. Il est possible d'observer quelques baisses dont les plus prononcées correspondent aux différentes périodes estivales.

| FIGURE 1 |

Nombre quotidien de passages et d'hospitalisations enregistrés dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR®

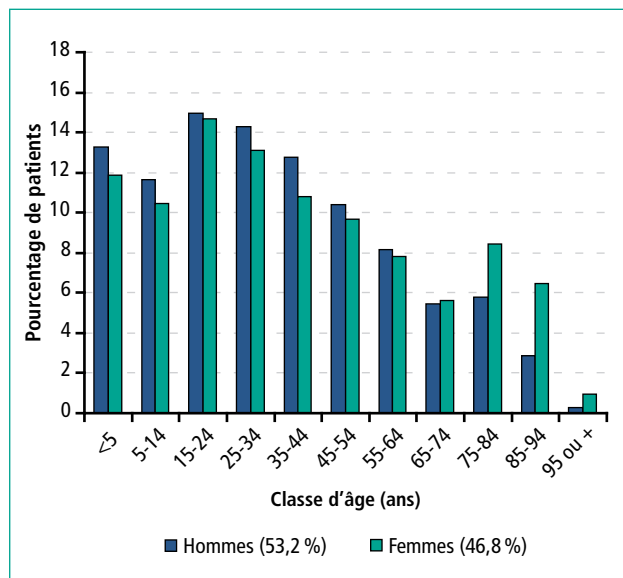


Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

LA RÉPARTITION DES PATIENTS DANS LES SERVICES D'URGENCES

FIGURE 2 |

Répartition des patients par classe d'âge en 2010 dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR®



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

La pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) représente un quart des passages et les patients de plus de 75 ans un peu plus de 12 % du total.

Les adultes jeunes (15-54 ans) constituent la classe d'âge qui a le plus souvent recours aux services d'urgences avec 50 % des passages.

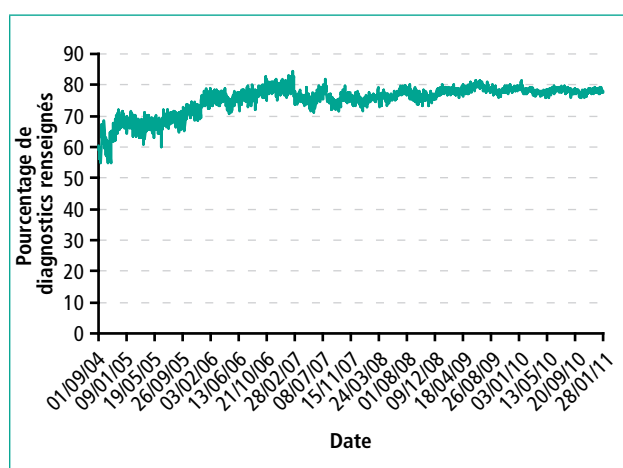
Le recours aux urgences est à prédominance masculine (53,2 % des passages).

La structure par classe d'âge diffère selon le sexe, avec une plus forte fréquentation des urgences par les hommes pour les classes d'âges inférieures à 55 ans. Au delà de 65 ans, les femmes sont plus nombreuses à avoir recours aux urgences.

LA QUALITÉ DES DONNÉES ET LE CODAGE DES DIAGNOSTICS ET DES SCORES DE GRAVITÉ

FIGURE 3 |

Évolution du pourcentage de diagnostics renseignés par jour – Ensemble des établissements participant au réseau OSCOUR®



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

Si les informations démographiques relatives au patient (âge, sexe, code postal) sont renseignées et de bonne qualité dans près de 100 % des cas, le diagnostic reste en revanche une des variables les moins bien renseignées.

L'exhaustivité du codage des diagnostics dans les services s'est rapidement améliorée dans les deux premières années de la transmission des données, passant de 60 % en 2004 à 70 % de diagnostics renseignés en 2006. Depuis 2009, cet indicateur est stable, avec près de 80 % des diagnostics renseignés.

Le format RPU (Résumé de passages aux urgences) permet la saisie de diagnostics associés, en complément du diagnostic principal.

Par ailleurs, le score de gravité a été renseigné à près de 82 % sur l'année 2010. Les trois premiers niveaux de gravité représentent à eux seuls près de 80 % des passages. Le score de gravité 2 est le score le plus souvent rencontré (55 %). Les scores 4, 5, D et P restent rares.

LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS

Les dix pathologies les plus fréquentes chez les adultes et chez les enfants en 2010

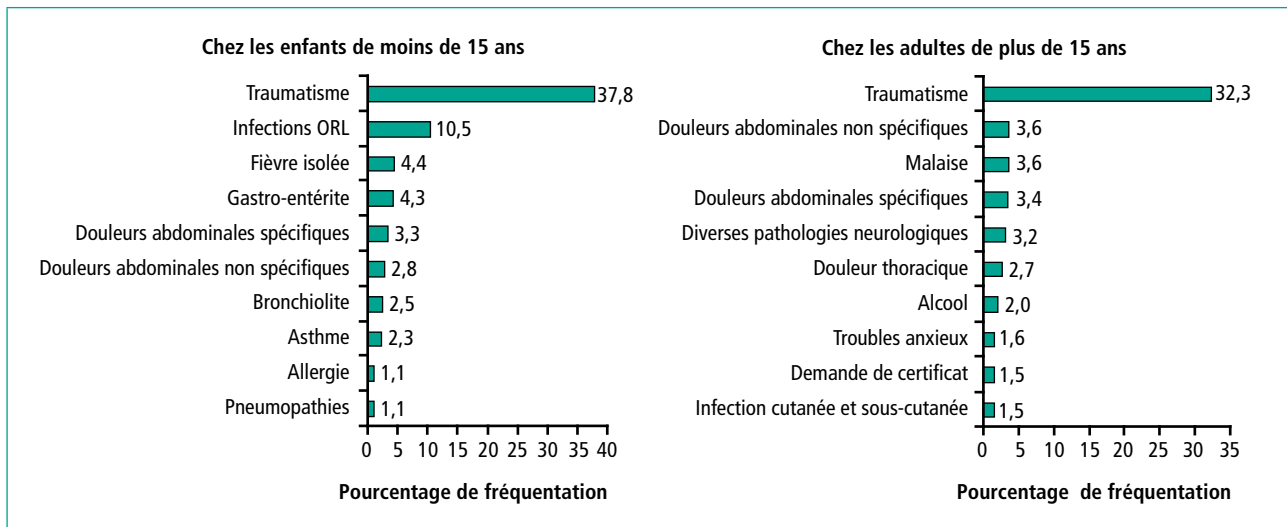
En 2010, la traumatologie (traumatisme, lésion, accident, chute...) est, de loin, la première cause de recours aux urgences avec plus de 32 % des diagnostics recueillis pour les adultes et près de 38 % chez les enfants.

Chez les enfants de moins de 15 ans, les causes médicales d'origine infectieuse sont les plus fréquentes après les traumatismes (cf. figure 4). Notamment, les infections ORL, les fièvres isolées et les gastro-entérites représentent respectivement 10,5 %, 4,4 % et 4,3 % des passages aux urgences pédiatriques. On compte également parmi les diagnostics les plus courants les douleurs abdominales spécifiques et non spécifiques, les bronchiolites, l'asthme, les allergies et les pneumopathies. Chez les enfants de moins de 2 ans, les infections ORL correspondent au diagnostic le plus fréquemment rencontré (17 %), juste devant les traumatismes (16 %).

Chez les adultes, les douleurs abdominales spécifiques et non spécifiques comptent pour 7 % des diagnostics (cf. figure 4). Elles sont suivies dans le classement par les malaises (3,6 %), les pathologies neurologiques (3,2 %) et les douleurs thoraciques (2,7 %). Les passages pour alcoolisation (syndrome de sevrage, ivresse...) et les troubles anxieux représentent respectivement 2 % et 1,6 % de l'ensemble des diagnostics. Chez les patients âgés de 75 ans et plus, les traumatismes (24 %) et les malaises (7,5 %) sont les deux diagnostics les plus fréquemment rencontrés. Parmi les autres principales pathologies des patients de cette classe d'âge, on trouve les décompensations cardiaques, les pneumopathies, les AVC, les dyspnées et insuffisances respiratoires, et les troubles du rythme ou de conduction.

| FIGURE 4 |

Les 10 diagnostics les plus fréquents dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR® en 2010, 231 établissements



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

Les courbes et graphiques suivants illustrent une partie de ce travail d'analyse des données.

EXEMPLE DE SUIVI DE DIFFÉRENTS REGROUPEMENTS SYNDROMIQUES

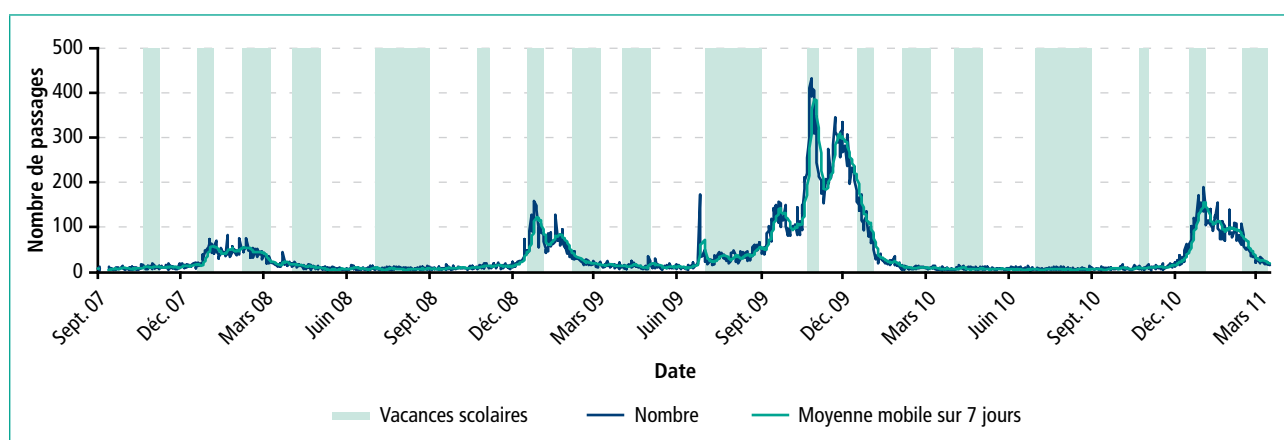
Suivi des diagnostics de grippe par le réseau OSCOUR® du 01/09/2007 au 15/03/2011

L'ampleur des épidémies de grippe saisonnière, décrites à travers les passages dans les services d'urgences, est cohérente avec ce qui a été observé par d'autres systèmes de surveillance (réseau Sentinelles, Grog). En revanche, la très forte fréquentation due à la pandémie A (H1N1) 2009 est une particularité des données des services d'urgences. Ces données permettent de faire un focus sur les cas sévères de la maladie non vus par les autres systèmes. Le pic observé en juin 2009 est en partie dû à des passages dans des centres dédiés du Val-de-Marne dans le cadre d'une suspicion de cluster de cas de grippe A (H1N1) 2009.

Bien que le nombre de cas quotidiens diagnostiqués soit faible, la sensibilité du système reste bonne. Le suivi de la grippe est ainsi possible au travers de l'activité des services d'urgences.

| FIGURE 5 |

Nombre quotidien de passages pour des diagnostics de grippe et syndromes grippaux, tous âges confondus, dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR® du 01/09/2007 au 15/03/2011, 94 établissements



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

Suivi des diagnostics de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans par le réseau OSCOUR® du 01/09/2007 au 15/03/2011

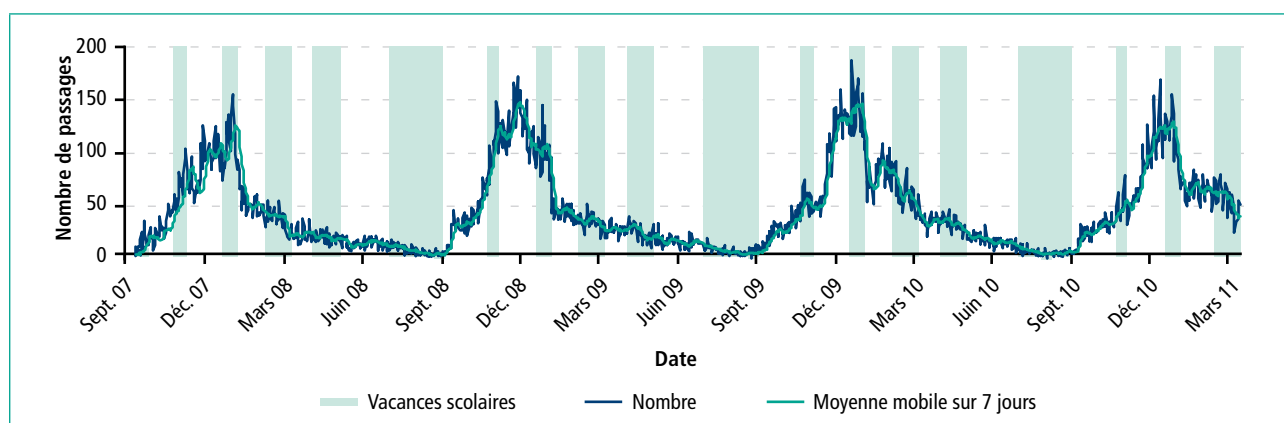
Le réseau OSCOUR® permet de suivre les épidémies de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans.

La courbe décrit de façon fine les épidémies saisonnières avec une augmentation de l'incidence très rapide puis une diminution tout aussi rapide pour chacune d'elles.

On peut noter, plus distinctement en octobre 2009 et en octobre 2010, un décroché dans la partie ascendante de la courbe, qui correspond à la semaine de vacances scolaires de la Toussaint.

| FIGURE 6 |

Nombre quotidien de passages pour des bronchiolites, chez les enfants de moins de 2 ans dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR® du 01/09/2007 au 15/03/2011, 94 établissements



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

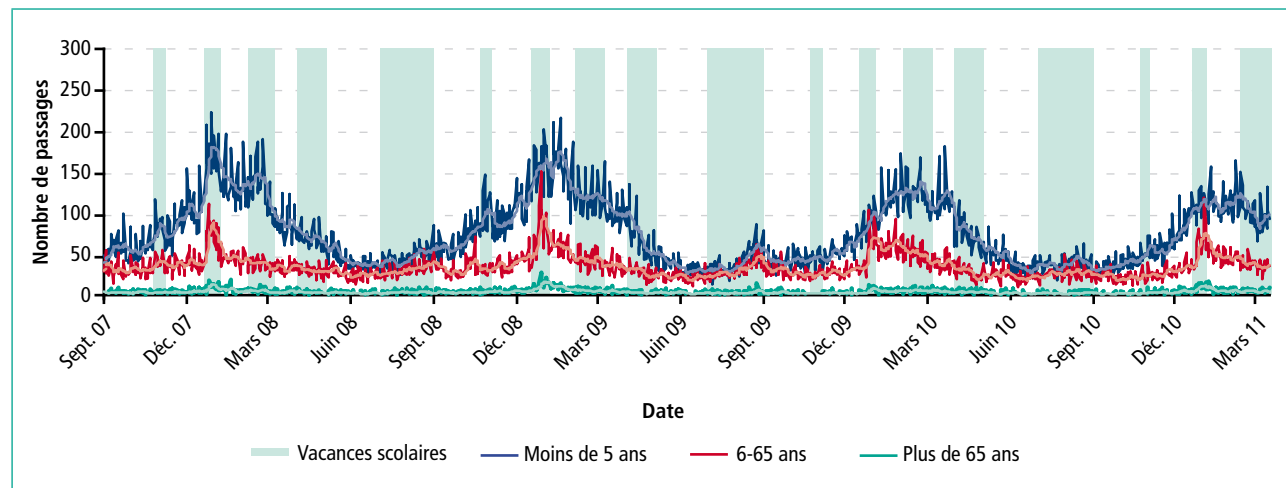
Suivi des diagnostics de gastro-entérite par le réseau OSCOUR® du 01/09/2007 au 15/03/2011

Les épidémies hivernales de gastro-entérites sont bien visibles dans l'activité des services d'urgences. Les tendances sont comparables à celles observées par le réseau Sentinelles.

L'impact en fonction des classes d'âges est différent. Le recours aux urgences pour ce diagnostic est surtout le fait des enfants de moins de 5 ans. Pour les autres classes d'âges, les variations sont moins marquées.

| FIGURE 7 |

Nombre quotidien de passages pour des gastro-entérites, par classe d'âge, dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR® du 01/09/2007 au 15/03/2011, 94 établissements (nombres et moyennes mobiles sur 7 jours)



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

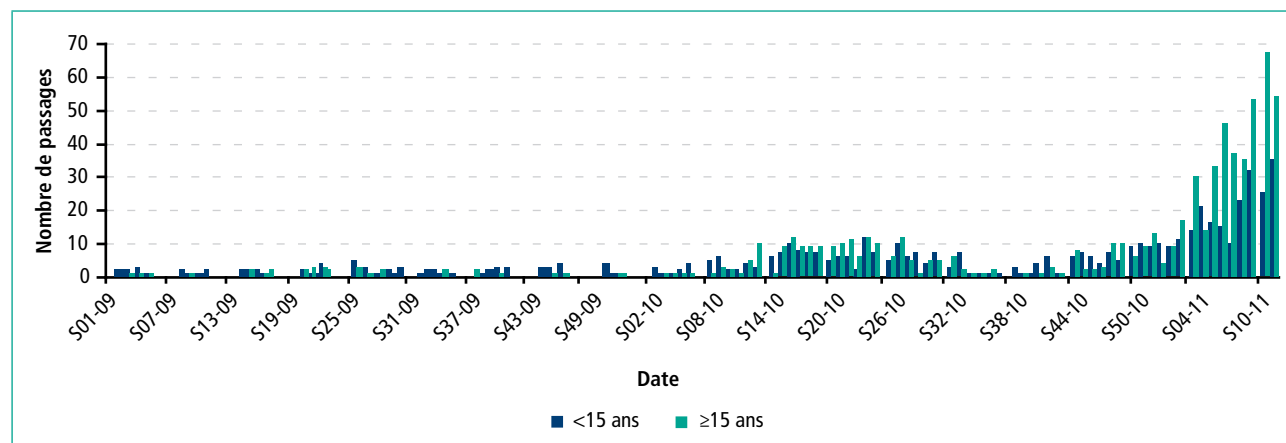
Suivi des diagnostics de rougeole par le réseau OSCOUR® du 01/01/2009 au 15/03/2011

Jusqu'en 2008, quelques cas ponctuels de rougeole étaient recensés dans les services d'urgences, essentiellement chez les enfants. Depuis 2008, une épidémie sévit en France. La circulation du virus s'est intensifiée en début d'année 2010. Dès le mois d'octobre 2010 une troisième vague est observée, et elle se poursuit sur les premiers mois de l'année 2011.

Cette troisième vague est caractérisée dans les données OSCOUR® par une forte augmentation des passages aux urgences pour rougeole. Cette hausse concerne toutes les classes d'âge, mais elle est plus marquée chez les adultes.

| FIGURE 8 |

Nombre hebdomadaire de passages pour des rougeoles, chez les moins de 15 ans et chez les plus de 15 ans, dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR® depuis janvier 2009, 120 établissements



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

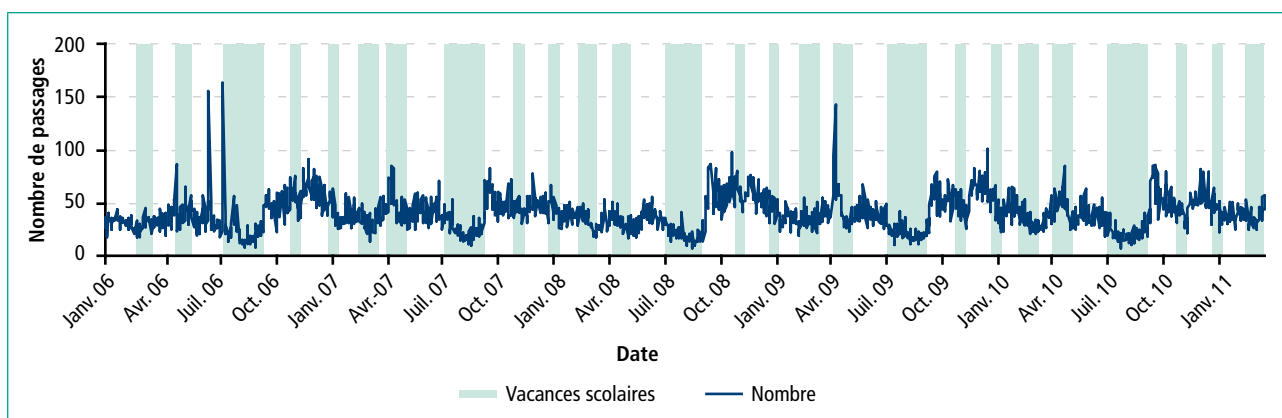
Suivi des diagnostics d'asthme par le réseau OSCOUR® du 01/01/2006 au 15/03/2011

Chaque année, les recours aux urgences pour de l'asthme augmentent au cours de l'automne, après la rentrée des classes de septembre. Ces augmentations sont principalement observées chez les enfants et peuvent être expliquées, à la fois par une recrudescence des infections virales à cette période (phénomène connu) et par un codage de bronchiolites en asthme, ces deux pathologies ayant une clinique proche chez les jeunes enfants.

Plusieurs pics sont observés en juin et juillet 2006 et en avril 2009 et concernent l'Île-de-France. Au cours de ces journées, des pluies violentes associées à une forte pollution ont entraîné un choc osmotique : les grains de pollen ont explosé libérant une substance allergisante, engendrant un important recours aux urgences pour cette pathologie.

| FIGURE 9 |

Nombre quotidien de passages pour des diagnostics liés à l'asthme, tous âges confondus, dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR® du 01/01/2006 au 15/03/2011, 37 établissements



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

Suivi des traumatismes par le réseau OSCOUR® du 01/01/2010 au 15/03/2011

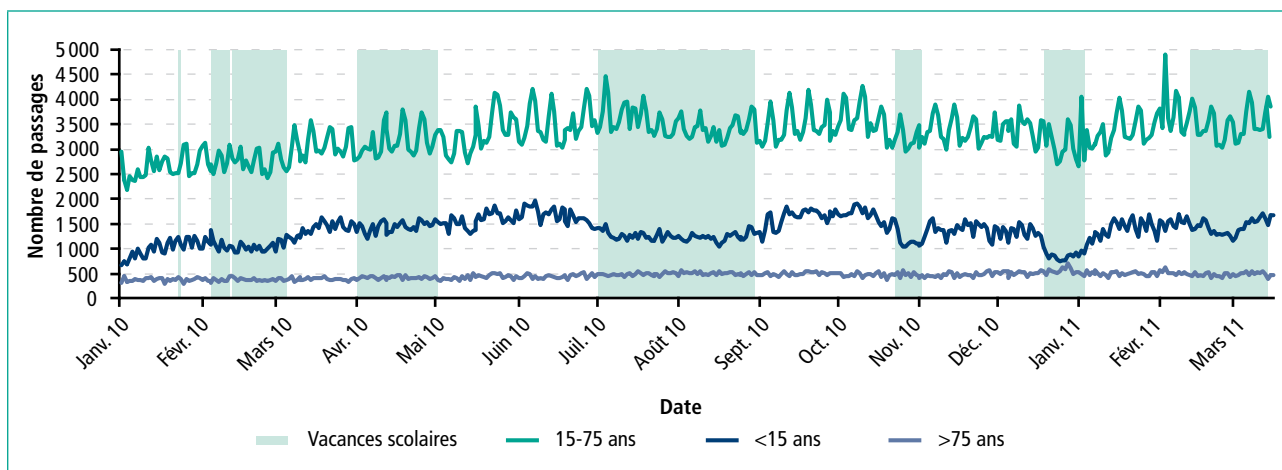
Les traumatismes constituent le premier recours aux urgences.

Le recours aux urgences pour traumatisme est marqué par le rythme scolaire. Chez les enfants, on observe une nette baisse de ces recours pendant les vacances d'été, de Toussaint et de Noël. Chez les adultes, la diminution est moins marquée et est surtout visible en été et pendant les vacances de Noël.

Un pic est observé le 2 février 2011 chez les adultes de 15 à 75 ans. Il correspond à un phénomène météorologique de pluies verglaçantes observé sur la moitié Nord de la France. De nombreux accidents de la circulation et des chutes sur la voie publique ont eu lieu, entraînant un fort encombrement dans les services d'urgences et un important recours aux soins pour traumatisme.

| FIGURE 10 |

Nombre quotidien de passages pour des diagnostics liés à la traumatologie par classe d'âge dans les services d'urgences participant au réseau OSCOUR® du 01/01/2010 au 15/03/2011, 231 établissements



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

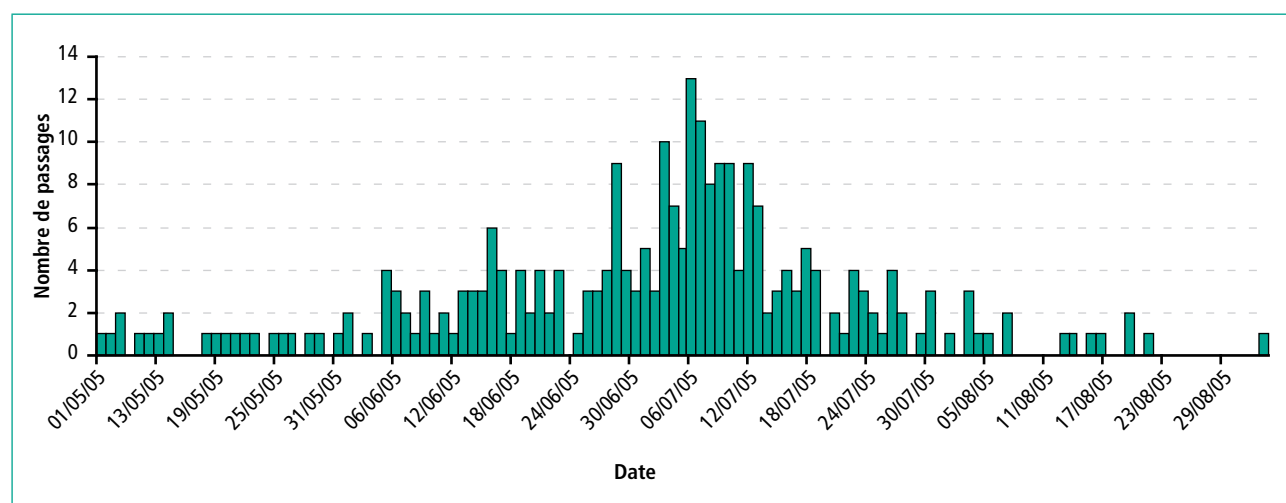
Suivi d'un épisode de méningites virales chez des enfants en Ile-de-France par le réseau OSCOUR® en 2005

Entre mai et juillet 2005, le suivi quotidien de passages aux urgences pour des méningites virales en Ile-de-France a permis de détecter un épisode épidémique de cette pathologie chez les enfants âgés de moins de 15 ans. La transmission des données en temps quasi-réel a permis de voir la courbe épidémique se construire au jour le jour.

Cet exemple met en évidence la pertinence de l'utilisation des données du réseau OSCOUR® pour la détection précoce d'un événement inattendu. Il est toutefois important de préciser que ceci n'est possible que si le codage des diagnostics est de bonne qualité.

| FIGURE 11 |

Nombre quotidien de passages pour des méningites virales chez des enfants de moins de 15 ans dans les services d'urgences d'Ile-de-France participant au réseau OSCOUR® du 01/05/2005 au 31/08/2005, 22 établissements



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

CONCLUSION

Depuis son initialisation en juin 2004, le réseau OSCOUR® s'est considérablement développé, avec une importante montée en charge portant à plus de 300 services d'urgences participants en mars 2011, répartis en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'outre-mer. Cette représentativité doit continuer à croître, afin d'améliorer la performance de ce système de surveillance, qui a déjà prouvé son utilité pour plusieurs objectifs de veille sanitaire. En effet, la transmission des données en temps quasi-réel en font un système de surveillance réactif, qualité nécessaire pour la détection précoce et le suivi

d'événements sanitaires prédéfinis ou inattendus. Par ailleurs, ce système s'est aussi avéré utile pour la mesure d'impact de phénomènes environnementaux, et pour la surveillance de pathologies en dehors de tout événement.

Enfin, le développement du réseau OSCOUR® permet d'établir des liens humains entre les épidémiologistes de l'InVS, situés au Département de coordination des alertes et des régions à Saint-Maurice et dans les Cire, et les acteurs des services d'urgences, privilégiant ainsi la culture du signalement qui reste primordiale pour un système à visée d'alerte.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS AU 1^{ER} MAI 2011

Alsace

CH de Mulhouse

Aquitaine

Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine

Polyclinique Bordeaux Rive-Droite

CHU de Bordeaux – Haut-Lévêque

CHU de Bordeaux – Saint-André

CHU de Bordeaux – Pellegrin

CH d'Arcachon

CH de Mont-de-Marsan

CH de Marmande

CH de Villeneuve-sur-Lot

Clinique Saint-Étienne et Pays Basque

Polyclinique Sokorri

CH d'Orthez

Polyclinique Aguilera

Auvergne

CH de Vichy

Basse-Normandie

CH de Lisieux

CHU de Caen

Clinique Miséricorde – Caen

CH de Falaise

CH privé Saint-Martin

CH d'Avranches-Granville –

Site d'Avranches

CH d'Avranches-Granville –

Site de Granville

CH de Cherbourg

CH de Valognes

CH de Saint-Lô

CH de Flers

CH d'Argentan

CHIC des Andaines

CHIC Alençon – Mamers

Bourgogne

Hôtel-Dieu du Creusot

CH de Montceau-les-Mines (SIH)

CH de Chalon-sur-Saône

CH d'Autun

CH d'Auxerre

CH de Sens

Bretagne

CHIC Quimper

CH de Concarneau

CHU de Brest – Hôpital de la Cavale Blanche

CHU de Brest – Hôpital Morvan

CHRU de Rennes – Hôpital Sud

CHRU de Rennes – Hôpital Pontchaillou

CH privé Saint-Grégoire

Hôpital du Scorff

CH de Lorient (CHBS)

Centre

CH d'Issoudun

CH du Blanc

CH de Blois

CH de Romorantin-Lanthenay

CHR d'Orléans

Champagne-Ardenne

CH de Sedan

CH de Troyes

Franche-Comté

CHU de Besançon – Site Jean Minjoz

CHU de Besançon – Site Saint-Jacques

CH de Pontarlier

CH de Montbéliard

CH de Lons

CH de Dole

CH de Saint-Claude

CH de Champagnole

CH de Morez

CH de Vesoul

CH de Val-de-Saône P Vitter-Gray

CHI Site Luxeuil

CHI Site Lure

CH de Belfort

Guadeloupe

CH de Basse-Terre

HL de Bruyn

CHU de Pointe-à-Pitre

Guyane

CH de Cayenne

Haute-Normandie

CH de Bernay

Clinique chirurgicale Pasteur – Évreux

CHU du Havre – Monod

CHI du Pays des hautes falaises-Fécamp

CH de Lillebonne

Ile-de-France

AP-HP – Hôpital de Cochin

AP-HP – Hôpital Hôtel-Dieu

AP-HP – Hôpital Saint-Antoine

AP-HP – GIH Bichat/Claude-Bernard

AP-HP – Hôpital Tenon

AP-HP – Hôpital Robert-Debré

AP-HP – Hôpital Lariboisière

AP-HP – Hôpital Necker Enfants malades

AP-HP – Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière

AP-HP – Hôpital Trousseau

Hôpital de la Croix Saint-Simon

CH de Coulommiers

CH de Melun

CH de Lagny Marne-la-Vallée

CH de Montereau

CH de Provins

CH de Meaux

CH de Fontainebleau

CHI de Poissy/Saint-Germain –

Site de Poissy

CHI de Poissy/Saint-Germain –

Site de Saint-Germain

Hôpital privé de l'ouest parisien-Trappes

Clinique des Franciscaines

CHI de Meulan-les-Mureaux

Centre médico-chirurgical de Parly II

CH de Versailles

CH de Rambouillet

CH Sud Francilien – Site de Corbeil

CH Sud Francilien – Site d'Évry

CH d'Étampes

CH de Juvisy

CMCO d'Évry – Clinique du Mousseau

AP-HP – Hôpital Louis-Mourier

AP-HP – Hôpital Ambroise-Paré

AP-HP – Hôpital Beaujon
AP-HP – Hôpital Antoine Bécère
Hôpital Max-Fourestier – Nanterre
Hôpital privé d'Antony
Hôpital Foch suresnes
CH de Courbevoie – Neuilly-sur-Seine
AP-HP – Hôpital Jean Verdier
AP-HP – Hôpital Avicenne
CH de Saint-Denis
CHI d'Aulnay-sous-Bois
Hôpital privé de Seine-Saint-Denis Blanc-Mesnil
Hôpital Européen de Paris Roseraie
AP-HP – Hôpital de Bicêtre
AP-HP – Hôpital Henri Mondor
CHI de Créteil
CH d'Argenteuil
CH de Gonesse
CH Euabonne/Montmorency –
Site d'Euabonne
CH Euabonne/Montmorency –
Site de Montmorency

La Réunion-Mayotte

CH Félix Guyon
GH Est Réunion
GH Sud Réunion
CH Gabriel Martin
CH de Mayotte (Mamoudzou)

Languedoc-Roussillon

CH de Carcassonne
CH de Narbonne
Clinique Montréal – Carcassonne
Polyclinique – Le Languedoc
CH de Bagnols-sur-Cèze
Les cliniques chirurgicales les Franciscaines
Polyclinique Grand-sud-Nîmes
CHU de Nîmes
CH d'Alès
Clinique Bonnefon – Alès
CH de Béziers
Polyclinique Saint-Privat
Polyclinique Saint-Jean – Montpellier
Polyclinique Saint-Roch – Montpellier
Languedoc mutualité Clinique Saint-Louis
CH de Sète – Bassin de Thau
CHU Montpellier – Hôpital Lapeyronie
Clinique du Parc – Castelnau-le-Lez
Polyclinique des Trois vallées
Clinique du Millénaire – Montpellier
CH de Mende
CH de Perpignan
Clinique Saint-Michel – Prades
Clinique Saint-Pierre – Perpignan
Polyclinique Saint-Roch – site Médipole

Limousin

CH d'Ussel
CH de Brive
CH de Tulle
CH de Guéret
Clinique de la Croix blanche Moutier
CHU de Limoges – Dupuytren
CH de Saint-Yrieix
CH de Saint-Junien
CHU de Limoges – Hôpital mère/enfant
Clinique Chenieux

Lorraine

CHU de Nancy – Hôpital central

CH de Pont-à-Moussin
Polyclinique de Gentilly
CH de Luneville
CH de Maillot-Briey
CH de Verdun
CHR de Metz – Hôpital Bon secours
CHR Thionville – Hôpital Bel Air
CH de Sarrebourg
CH de Forbach
Clinique Claude Bernard
CH d'Épinal
CH de Remiremont

Midi-Pyrénées

CHI du Val d'Ariège
CH de Saint-Girons
CHU de Toulouse – Hôpital de Purpan
CHU de Toulouse – Hôpital des enfants Purpan
CHU de Toulouse – Hôpital de Rangueil
Hôpital Joseph Ducuing
CH de Saint-Gaudens
CH de Cahors
CH de Gourdon
CH de Lourdes
CH de Bagnères-de-Bigorre
CH de Bigorre-Tarbes
CH de Lannemezan
CH d'Albi
CH de Castres
Centre MCO Claude Bernard
CH de Lavar
Polyclinique du Sidobre
CH de Montauban
CH de Moissac

Nord-Pas-de-Calais

CH de Valenciennes
CH de Dunkerque
CH de Douai
ES Saint-Vincent – Saint-Antoine-Lille
ES Saint-Philibert Lomme
Clinique Saint-Âme
CH de Tourcoing
CH de Denain
CH de Lens
CH d'Arras
CH de Boulogne-sur-Mer
CH de Calais

Pays de la Loire

CH de Saint-Nazaire – Le Moulin du Pé
CHU de Nantes
CHU d'Angers
CH du Mans
CH Sarthe-et-Loir (Bailleul)
CH de Montaigu
CH de Luçon
CH de la Roche-Sur-Yon

Picardie

CH de Laon
CH de Saint-Quentin
CH de Château-Thierry
CH de Beauvais
CH de Creil
CHU d'Amiens – Hôpital Nord
CH d'Abbeville

Poitou-Charentes

CH d'Angoulême

CH de Ruffec
CH de Barbezieux
CH de Confolens
CH de Cognac
CH de Jonzac
CH de la Rochelle
CH de Saintes
CH de Nord – Deux-Sèvres
CH de Loudun
CH de Montmorillon
CH de Châtellerauld
CHU Poitiers

Provence-Alpes-Côte-d'Azur

CH de Digne-les-Bains
CH d'Embrun
CH de Briançon
Clinique Saint-George – Nice
CH de Cannes
CH de Grasse
CHU de Nice – Hôpital Saint-Roch
Polyclinique du Parc Rambot
CH de Martigues
CH d'Arles
Clinique générale de Marignane
CH de Salon-de-Provence
AP-HM – Hôpital de la Timone enfants
AP-HM – Hôpital de la Timone adultes
AP-HM – Hôpital de la Conception
AP-HM – Hôpital Nord
CH de Draguignan
CHI de Fréjus-Saint-Raphaël
CH de Saint-Tropez
CH de Hyères
CH de Brignoles
CHITS de Toulon
CHITS de la Seyne
CH de Pertuis
CH d'Orange
CH d'Apt
CH Carpentras – pôle santé de Carpentras
CH d'Avignon

Rhône-Alpes

CH de Belley
Clinique Convert – Bourg-en-Bresse
CH d'Oyonnax
Clinique Guilhaud
CH de Crest
CH de Die
CH de Valence
CH de Montélimar
CH de Bourgoin-Jallieu
CH de Voiron
CHU de Grenoble – Hôpital Sud
CHU de Grenoble – La Tronche
CH de La Mure
CH de Vienne
GH mutualiste Grenoble
Clinique Saint-Charles Roussillon
Clinique Mutualiste de Saint-Étienne
Clinique du Parc Saint-Priest
CHU de Saint-Étienne
CH de Saint-Chamond
CH de Montbrison
CH de Feurs
CH de Villefranche-sur-Saône
Clinique mutualiste La Roseraie – Venissieux
HCL – Hôpital Édouard Herriot – Urgences chirurgicales
HCL – Hôpital Édouard Herriot – Urgences médicales
HCL – Lyon Sud MCO et Psy
HCL – Hôpital de la Croix Rousse
CH Saint-Joseph-Saint-Luc – Lyon
Hôpital privé Jean-Mermoz – Lyon
Clinique du Tonkin
Clinique de la Sauvegarde
CH de Moutiers
CH de Saint-Jean de Maurienne
CH de Bourg Saint-Maurice
CH d'Albertville
CH d'Aix-les-Bains
CH de Chambéry
CH de Sallanches
Hôpital intercommunal Sud Lemans-Valserine

L'Institut de veille sanitaire remercie l'ensemble des services d'urgences ainsi que tous les partenaires institutionnels régionaux participant activement au développement et au bon fonctionnement du système de surveillance OSCOUR®.

Mots clés : surveillance syndromique, OSCOUR®, services d'urgences, réactivité

Citation suggérée :

Caillère N, Caserio-Schönemann C, Fournet N, Fouillet A, Pateron D, Leroy C, Josseran L. Surveillance des urgences – Réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) – Résultats nationaux 2004/2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 12 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>